



Ośrodek Rehabilitacyjno-Opiekunczy VETERIS
21-050 Piaski
Bystrzejowice Drugie 77B
☎ tel. 605 601 399
✉ e-mail: osrodek@veteris.pl

KARTA ZGŁOSZENIA DO OŚRODKA VETERIS

1. Dane identyfikacyjne MIESZKAŃCA

Imię i nazwisko:
PESEL:
Wykształcenie:
Stan cywilny:
Adres zameldowania:
Nr dowodu osobistego:

2. Dane opiekunów (osób do kontaktu):

- opiekun I
Imię i nazwisko:
Stopień pokrewieństwa:
PESEL:
Telefon kontaktowy:
e-mail:
- opiekun II
Imię i nazwisko:
Stopień pokrewieństwa:
PESEL:
Telefon kontaktowy:
e-mail:
- opiekun III
Imię i nazwisko:
Stopień pokrewieństwa:
PESEL:
Telefon kontaktowy:
e-mail:
- opiekun IV
Imię i nazwisko:
Stopień pokrewieństwa:
PESEL:
Telefon kontaktowy:
e-mail:

3. Przewidywany czas pobytu:

- ☐ określony
☐ nieokreślony

4. Cel pobytu:

- ☐ opieka
☐ diagnostyka
☐ rehabilitacja
☐ opieka paliatywna
☐ pobyt na stałe
☐ pobyt przejściowy (oczekiwanie na ZOL, DPS)
☐ inne,

5. Upoważnienie:

Wyrażam zgodę, aby
(imię i nazwisko pensjonariusza)

z Domu Seniora VETERIS był odbierany przez:

-
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, telefon kontaktowy)
-
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, telefon kontaktowy)
-
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, telefon kontaktowy)

6. Czy pensjonariusz jest ubezwłasnowolniony?

- ☐ nie
☐ tak

7. Wyrażam zgodę na fotografowanie i filmowanie pensjonariusza podczas zajęć, uroczystości oraz umieszczanie materiałów na stronie internetowej Domu Seniora VETERIS

- ☐ nie
☐ tak

8. Uczulenia:

- ☐ nie
☐ tak, - na co?

9. Stopień samodzielności pensjonariusza:

- Trzymanie moczu
 - ☐ bez zaburzeń
 - ☐ nietrzymanie

- Trzymanie stolca
 - ☐ bez zaburzeń
 - ☐ nietrzymanie

- Cewnik w pęcherzu moczowym
 - ☐ tak
 - ☐ nie

- Jedzenie
 - ☐ jest karmiony
 - ☐ je samodzielnie

- Ubieranie się
 - ☐ nie ubiera się samodzielnie
 - ☐ stara się, ale potrzebuje pomocy
 - ☐ samodzielnie

- Chodzenie
 - ☐ nie
 - ☐ tak
 - ☐ samodzielnie
 - ☐ używa sprzętu - laska, chodzik, podpórka, balkonik
 - ☐ wymaga pomocy

- Czy wymaga wózka inwalidzkiego?
 - ☐ nie
 - ☐ tak

- Czy posiada wózek inwalidzki?
 - ☐ nie
 - ☐ tak

- Czy wymaga innego zaopatrzenia ortopedycznego?

☐ nie

☐ tak Jakże?

- Czy używa pieluchomajtek?

☐ nie

☐ tak

- Czy posiada zlecenie na pieluchomajtki?

☐ nie

☐ tak

- Odleżyny

☐ nie

☐ tak

umiejscowienie (opis)

- Aparaty słuchowe

☐ nie

☐ tak

- Okulary

☐ nie

☐ tak

- Protezy

☐ nie

☐ tak

10. Aktualne leczenie z dawkowaniem oraz przekazane leki:

[illegible]

11. Dane firmy pogrzebowej, którą należy zawiadomić w razie śmierci podopiecznego:

nazwa firmy:
telefon:

12. Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym na dzień składania oświadczenia.

.....
podpis pacjenta

lub

.....
podpis opiekuna

Bystrzejowice Drugie,